

**Seniorenresidenz  
 „Am Kaskadenwehr“ GmbH**

Am Kaskadenwehr 9  
 38268 Lengede

Tel. 0 53 44 - 92 01 40  
 Fax 0 53 44 - 92 01 46

info@seniorenresidenz-lengede.de  
 www.seniorenresidenz-lengede.de

## Heimaufnahmebogen

### Persönliche Daten:

Name \_\_\_\_\_ Geb. Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Pflegekasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Bisheriger Wohnsitz \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

Eingestuft in Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Pflegegrad ist beantragt:  ja  nein

Angehörige / Betreuer / Ansprechpartner:

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Name:                | Name:                |
| Vorname:             | Vorname:             |
| Anschrift:           | Anschrift:           |
| Telefonnummer:       | Telefonnummer:       |
| Verwandtschaftsgrad: | Verwandtschaftsgrad: |

Name und Adresse des Hausarztes, der Sie in der Einrichtung betreuen soll:

\_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung  nein  ja, bis: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung  nein  ja (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

**Die folgenden Felder sind Pflichtfelder.**

**Sollten uns diese Informationen nicht vorliegen, können wir Sie leider nicht bei unserem Auswahlverfahren berücksichtigen.**

Wie oder durch Wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?:

---

---

---

In welchen alltäglichen Situationen benötigen oder wünschen Sie sich unsere Unterstützung?:

---

---

---

Was wünschen und/oder erhoffen Sie sich durch unsere Unterstützung?:

---

---

---

Bitte teilen Sie uns Ihre aktuellen ärztlichen Diagnosen mit oder reichen eine Kopie des aktuellen Arztberichtes als Anlage ein / Gibt es Allergien oder Unverträglichkeiten?

---

---

---

---

---

---

Besteht eine gerichtliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz:

ja  nein (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Besteht eine Bevollmächtigung:

ja  nein (Wenn ja, bitte Kopie vorlegen)

Umfang:  Vermögensangelegenheiten  
 Wohnungsangelegenheiten  
 Altersversorgung/Rechtsangelegenheiten  
 Gesundheitsfürsorge  
 Aufenthaltsbestimmung

Die Heimkosten werden aufgebracht:

durch eigenes Einkommen

durch das zuständige Sozialamt → Antrag "Hilfe zur Pflege" gestellt:  nein  ja

Am \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter/in \_\_\_\_\_

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (welcher Art):

---

---

Persönliches Eigentum das mit eingebracht werden soll:

(Möbel, Hilfsmittel, Prothesen etc.)

---

---

---

---



Bemerkungen – Besonderheiten:

---

---

---

---

---

---

---

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Daten nach dem Datenschutzgesetz im Rahmen und für Zwecke der Abwicklung der Bearbeitung des Aufnahme- und des Heimvertrages gespeichert werden. Durch Ihre Unterschrift setzen wir Ihr Einverständnis voraus.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift